

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

1944
ANNEE 1944

THESE

N° 410

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Jean-François LAROCHE

Né le 21 Avril 1919, à Montereau (Seine-et-Marne).

Présentée et soutenue publiquement le..... 16 NOV 1944 19..

**TRAITEMENT
DES
GINGIVO-STOMATITES ULCEREUSES
PAR LES SULFAMIDES**

Président : M. HARVIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LAROCHE.

Prénoms : Jean-François.

Date de Soutenance : _____

Numéro d'ordre : _____

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

LAROCHE (Jean-François).— Traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses par les sulfamides. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

LAROCHE (Jean-François).— Traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses par les sulfamides. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

LAROCHE (Jean-François).— Traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses par les sulfamides. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

LAROCHE (Jean-François).— Traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses par les sulfamides. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1945, N°).

ANALYTICAL CHEMISTRY

BY J. H. HARRIS

NEW YORK

1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

ANN ARBOR, MICHIGAN

1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

ANN ARBOR, MICHIGAN

1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

ANN ARBOR, MICHIGAN

1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

ANN ARBOR, MICHIGAN

1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

ANN ARBOR, MICHIGAN

1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

ANN ARBOR, MICHIGAN

1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

ANN ARBOR, MICHIGAN

1900

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Jean-François LAROCHE

Né le 21 Avril 1919, à Montereau (Seine-et-Marne).

Présentée et soutenue publiquement le, 19..

**TRAITEMENT
DES
GINGIVO-STOMATITES ULCEREUSES
PAR LES SULFAMIDES**

Président : **M. HARVIER, Professeur.**

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN BAUDOUIN

ASSESEUR LEON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
Clinique médicale propédeutique	P-VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VILLARET.
	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.		DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie	DELARUE.	Médecine	LELONG.
pathologique .	Mlle GAUTHIER.	générale . . .	LENEGRE.
	VILLARS.		MARCHAL.
Bactériologie . .	BONNET.		MOLLARET.
Chimie médicale .	N...		MOUQUIN.
	AMELINE.	Médecine légale .	SOULIE.
	FEVRE.		DESOILLE.
	FUNK-		DIGONNET.
	BRENTANO.	Obstétrique . . .	LACOMME.
Chirurgie	MENEGAUX.		SUREAU.
générale . . .	PATEL.		N...
	SICARD.	Ophtalmologie . .	RENARD.
	N...	Oto-rhino-	
	N...	laryngologie . .	HALPHEN.
	N...	Parasitologie . . .	LAVIER
Histologie	BULLIARD.	Parasitologie	
Hydrologie	N...	coloniale	N...
Hygiène	N...	Pathologie	
	BARIETY.	expérimentale .	LEMAIRE.
	BERNARD (Et.).	Pharmacologie .	Mlle J. LEVY.
Médecine	BOULIN.		N...
générale	BROUET.	Physiologie . . .	RICHET.
	CACHERA.		N...
	COSTE.	Physiologie	
	DELAY.	médicale	DESGREZ (H.).
	GARCIN.	Thérapeutique . .	TURPIN.
		Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT.

Clinique chirurgicale .	} MM. GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale {	MM. ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHÉ Guy. MOREAU.
Clinique obstétricale . .	ECALLE.	Clinique urologique . . .	FEY.

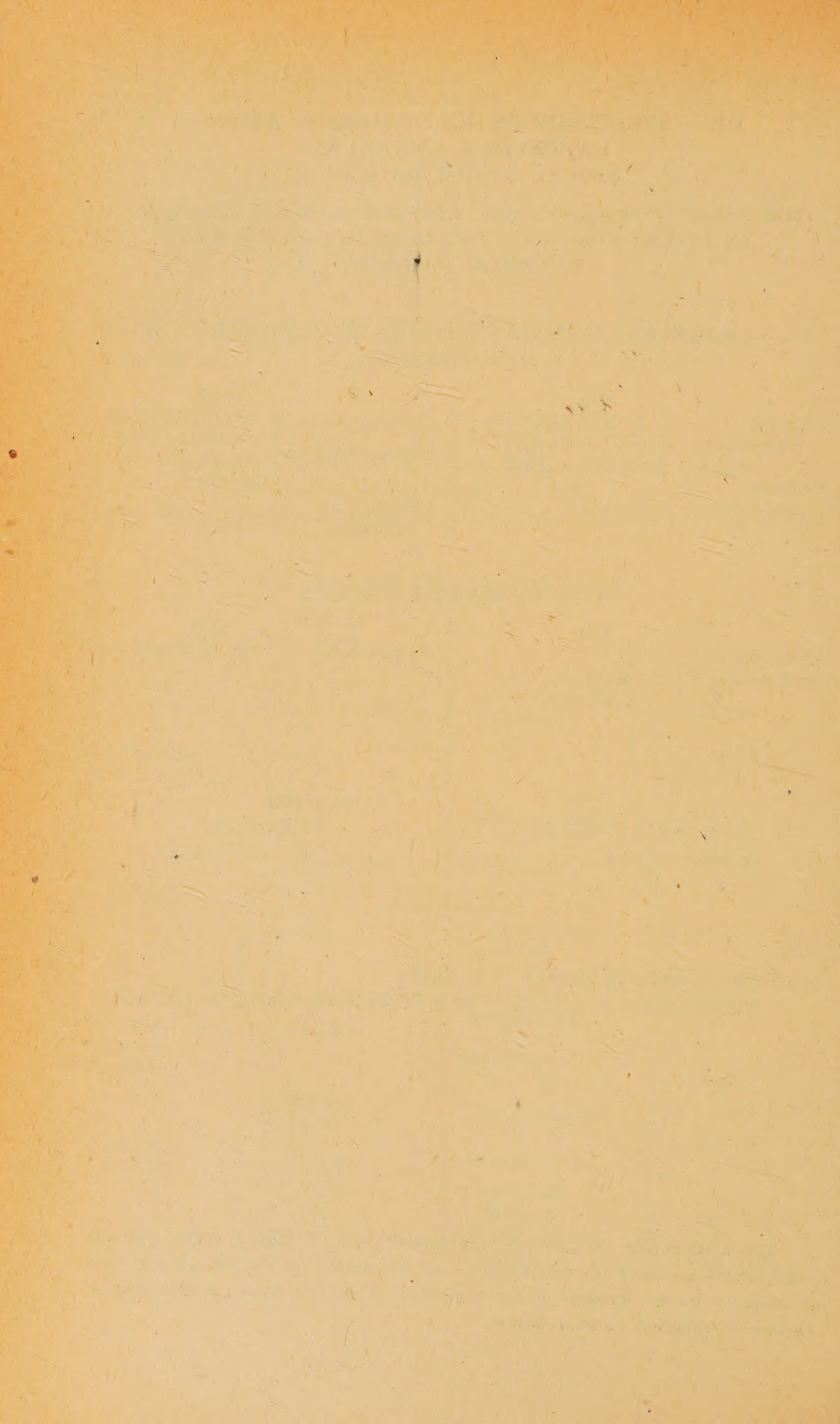
V. — CHARGES DE COURS

Puériculture . . .	MM. N...	Stomatologie . . .	MM. DECHAUMÉ.
Radiologie	LEDOUX- LEBARD.		

Secrétaire de la Faculté	MM. J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef...	A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MERE

MADAME R. LAROCHE

Chirurgien Dentiste de la Faculté de Médecine de Paris

Faible témoignage d'affection profonde et de gratitude infinie.

Sa vie familiale et son activité professionnelle seront toujours pour moi un exemple de courage, d'abnégation et de dévouement.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR RAYMOND LAROCHE

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PARRAIN ET MON ONCLE

MONSIEUR GEORGES LAROCHE

Administrateur en Chef des Colonies Honoraire

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR EDMOND GOSSART

Ancien Interne de l'Hôpital Départemental de la Seine

A MES NEVEUX ET NIECE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale de l'Hôpital Cochin

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Avec l'expression de notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. LATTES

Chevalier de la Légion d'Honneur
Stomatologiste des Hôpitaux de Paris
Chef de Service à l'Hôpital Cochin

Qui a bien voulu nous confier ce travail et nous prodiguer ses conseils.

Que nous tenons à remercier des marques d'amitié dont il nous a honoré.

En témoignage de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. VRASSE

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris
Adjoint du Service de l'Hôpital Cochin

Dont l'aide nous fut infiniment précieuse dans la rédaction de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments reconnaissants.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAISON

Chevalier de la Légion d'Honneur
Stomatologiste des Hôpitaux de Paris
Chef de Service à l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRIEZ

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris
Adjoint du Service de l'Hôtel-Dieu

Nous les remercions bien sincèrement de leur enseignement et de la sympathie qu'ils nous ont témoignée.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS
ET DE MONTPELLIER

A MES PROFESSEURS DES FACULTES DE MEDECINE
DE PARIS ET DE MONTPELLIER

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE

INTRODUCTION

Il nous a paru opportun en cette année 1944 de revenir sur cet important chapitre de pathologie buccale que sont les gingivo-stomatites ulcéreuses et, plus particulièrement, d'étudier un nouvel aspect de leur traitement.

Ceci pour deux raisons :

— d'une part, la fréquence accrue de cette affection dans ces dernières années;

— de l'autre, la prodigieuse extension de l'emploi des sulfamides en pathologie infectieuse.

Tous nos confrères médecins et stomatologistes habitués des services hospitaliers reconnaissent, en effet, avec nous, la multiplication des cas de gingivo-stomatites ulcéreuses.

Personnellement, (dans le Service du Docteur LATTES, à l'Hôpital Cochin, où pendant de nombreux mois nous avons suivi la consultation et, plus récemment, dans celui du Docteur RAMON, à l'Hôtel-Dieu), sinon quotidiennement, du moins plusieurs fois par semaine, nous avons pu relever un nombre croissant d'observations de malades atteints de gingivo-stomatite ulcéreuse.

On ne peut évidemment s'empêcher de faire le rapprochement entre ce fait incontestable et les conditions de vie des Parisiens depuis quatre années, surtout de ceux qui constituent la clientèle hospitalière, et qui ont, au

premier chef, subi les restrictions alimentaires. Et ceci nous fait penser immédiatement à un facteur étiologique de carence favorisant l'apparition de phénomènes infectieux locaux qui, en temps normal, eussent été absents ou du moins infiniment plus rares.

Quant aux sulfamides, ils ont maintenant fait leurs preuves en tant qu'agents anti-infectieux puissants.

Après le médecin, après le chirurgien, le spécialiste y a fait appel à son tour. Et le stomatologiste, considérant l'étiologie et la pathogénie des gingivo-stomatites ulcéreuses, et les envisageant comme de véritables maladies infectieuses, ne fait que suivre les grandes indications de la sulfamidothérapie en songeant à employer les organosoufrés dans leur traitement.

PLAN

— Nous citerons d'abord un certain nombre d'observations recueillies dans les services de stomatologie de l'Hôpital Cochin et de l'Hôtel-Dieu au cours des derniers mois.

Elles situeront, de façon pratique, les indications majeures du traitement sulfamidé des gingivo-stomatites ulcéreuses et sauront, mieux que toute explication théorique, mettre en valeur ses avantages.

— Nous dégagerons ensuite, de la grande variété clinique et étiologique des gingivo-stomatites ulcéreuses, les formes qui sont particulièrement justiciables de la sulfamidothérapie, et celles qui en constituent les non-indications.

— Nous envisagerons enfin rapidement le traitement classique des gingivo-stomatites ulcéreuses pour insister davantage sur celui que nous proposons, sur son mode d'action, ses avantages, ses incidents, ses échecs, sa posologie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Mme B..., 36 ans, vient consulter le 7 juin 1943 pour une gingivite médiane inférieure, avec ulcérations superficielles douloureuses, et congestion gingivale intense. Le moindre contact déclenche des hémorragies. Les dents sont très sensibles à la mastication.

On procède à un détartrage suivi d'une application d'acide chromique. On prescrit des bains de bouche bicarbonatés et 10 comprimés par jour de Laroscorbine.

Le 9 juin 1943, les lésions ulcéreuses sont plus importantes et les signes subjectifs plus intenses. On prescrit alors :

Thiazomide :

6 comprimés pendant 3 jours,

4 comprimés pendant 3 jours,

2 comprimés pendant 3 jours.

Le 12 juin 1943 : tous les symptômes douloureux ont disparu. Les ulcérations se cicatrisent. Il n'y a plus d'hémorragies.

OBSERVATION N° 2

M. D..., 48 ans, vient consulter le 6 septembre 1944, pour une gingivo-stomatite ulcéreuse généralisée. Les ulcérations sont particulièrement importantes au niveau du groupe incisif inférieur et sur la muqueuse labiale inférieure. Le malade est un vieux pyorrhéique, sans grande hygiène buccale ; ses dents sont abondamment entartrées.

On fait un écouvillonnage à l'eau oxygénée et un détartrage sommaire. On prescrit des bains de bouche antiseptiques ; on administre, en outre, 10.000 unités de Laroscorbine par la voie intra-veineuse.

Le 8 *septembre* 1944 : aggravation indiscutable : les douleurs sont encore plus vives, l'haleine horriblement fétide. Des signes généraux apparaissent : légère température, insomnie, anorexie, fatigue générale. Localement, le même aspect d'infection très marquée.

On prescrit :

Thiazomide :

8 comprimés pendant 3 jours,

6 comprimés pendant 3 jours,

4 comprimés pendant 3 jours.

Le 11 *septembre* 1944, les signes fonctionnels et généraux ont disparu. La muqueuse gingivale est encore rouge, congestive, mais les lésions sont propres, en voie de cicatrisation. Cette amélioration permet de compléter le détartrage.

Le 16 *septembre* 1944 : la guérison est complète.

OBSERVATION N° 3.

Le 11 *septembre* 1944, Mlle C..., 22 ans, se présente à la consultation de stomatologie de l'Hôtel-Dieu. Elle est porteuse d'une gingivo-stomatite ulcéreuse généralisée, avec prédominance des lésions du côté droit et au maxillaire inférieur. La dent de sagesse inférieure droite est en évolution et est certainement à l'origine de l'infection. L'importance de l'infection locale et, en particulier, une large ulcération sur le pilier antérieur droit du voile du palais, font différer l'extraction.

On fait un grand lavage au bœck, une application d'acide chromique. On prescrit 10 comprimés de Thiazomide pendant trois jours.

Le 13 *septembre* 1944 : l'amélioration est telle que l'on pratique immédiatement l'extraction de d8 qui n'offrit pas de difficultés.

On prescrit à nouveau 6 comprimés de Thiazomide pendant deux jours, puis 4 comprimés pendant deux jours.

La malade est revenue tous les jours dans le service pour des lavages de la plaie opératoire.

Le 17 *septembre* 1944 : celle-ci est en bonne voie de cicatrisation. Le gingivo-stomatite a totalement disparu.

OBSERVATION N° 4

M. X..., 40 ans, vient consulter à l'Hôpital Cochin en juin 1944. Depuis deux mois, il se plaint d'une gingivo-stomatite ulcéreuse généralisée, avec prédominance au niveau de la région incisive inférieure. Les languettes inter-dentaires sont détruites. Les dents sont mobiles, douloureuses.

Le malade a été traité par un chirurgien-dentiste, sérieux et compétent, qui a pratiqué des détartrages méthodiques et complets suivis d'attouchements de topiques variés.

Il y a eu plusieurs améliorations passagères, mais jamais de guérison.

L'état général est excellent. On ne relève aucun signe de carence.

On prescrit :

Thiazomide :

10 comprimés pendant 3 jours.

6 comprimés pendant 3 jours.

4 comprimés pendant 3 jours.

En trois jours, sédation des phénomènes douloureux. Guérison en six jours.

Un mois et demi après, récurrence. On prescrit à nouveau :

Thiazomide :

12 comprimés pendant 3 jours.

8 comprimés pendant 8 jours.

6 comprimés pendant 3 jours.

En 6 jours, encore, la guérison est survenue. Elle s'est maintenue définitivement jusqu'à ce jour.

OBSERVATION N° 5

Le 20 mai 1944, Mme C..., consulte à l'Hôpital Cochin pour une stomatite très étendue, ulcéreuse. La gingivite revêt la forme ulcéro-nécrotique au maxillaire inférieur. A ce niveau, hémorragies continues depuis plusieurs heures. Hypersialorrhée considérable. Grande fétidité de l'haleine. Les ulcérations linguales douloureuse gênent l'élocution.

On pratique des soins antiseptiques locaux et on réalise l'hémostase à l'aide d'acide trichloracétique.

On prescrit :

Thiazomide :

12 comprimés pendant 2 jours,

8 comprimés pendant 2 jours,

4 comprimés pendant 2 jours.

Le 25 mai 1944, tous les phénomènes douloureux et inflammatoires ont considérablement régressé. La malade conserve une langue saburrale.

Le 27 mai 1944, la stomatite est guérie. La langue est redevenue normale.

OBSERVATION N° 6

Le 1^{er} juillet 1944, Mlle G..., 29 ans, consulte à l'hôpital Cochin pour une gingivite ulcéreuse bismuthique. Les ulcérations sont strictement localisées au maxillaire inférieur, dans la région médiane. Elles sont peu nombreuses.

Soins locaux. d4 et d6 sont très délabrées. On procède à leur avulsion.

On prescrit :

Septoplix :

8 comprimés pendant 3 jours,

6 comprimés pendant 3 jours,

4 comprimés pendant 3 jours,

et on conseille à la malade de faire poursuivre la série de bismuth commencée.

La guérison survient en cinq jours.

Le 9 *septembre* 1944, récurrence. Même prescription de Septoplix.

La guérison se fait en une semaine.

OBSERVATION N° 7

Mme M..., 32 ans, vient consulter le 9 *octobre* 1944, à l'Hôtel-Dieu, pour des douleurs généralisées aux deux maxillaires. Elle est traitée pour une syphilis déjà ancienne par des piqûres de bismuth. C'est la quatrième série qu'elle subit. Jusqu'ici, aucun incident buccal, mais à l'heure actuelle, elle présente une stomatite ulcéreuse d'intensité moyenne. Les lésions prédominent sur le versant lingual de la muqueuse gingivale du rebord alvéolaire incisif inférieur, dans le triangle rétro-molaire gauche inférieur, sur la langue, le long de son bord gauche, et au niveau de sa face inférieure du même côté. Les languettes inter-dentaires sont détruites en haut et en bas dans la région médiane. L'alvéolyse au niveau de d1 et d2 est importante. g7 est réduite à l'état de racine infectée. Adénopathie bilatérale douloureuse.

Application de Gonacrine liquide sur les ulcérations. Prescription de Fontamide à raison de :

12 comprimés pendant 2 jours,

8 comprimés pendant 2 jours,

6 comprimés pendant 2 jours.

Le traitement bismuthique a été poursuivi.

Le 16 *octobre* 1944, la malade revenait complètement guérie.

OBSERVATION N° 8

M. M..., 22 ans, vient consulter le 25 *janvier* 1944, pour une gingivo-stomatite ulcéreuse prédominant au niveau du bloc incisif inférieur et autour de chaque dent de sagesse inférieure. Son étiologie nous semble être d'ordre toxique : le malade, en effet, travaille dans une fabrique de contacteurs au mercure ; il dit aspirer des vapeurs de mercure en ébullition.

On procède à un détartrage et on fait une application d'acide chromique dilué. Amélioration consécutive.

Le 8 *février* 1944, extraction de G8.

Le 12 *février* 1944, extraction de G8.

Le 17 *février* 1944, la gingivite évolue lentement vers une forme chronique, avec quelques ulcérations.

On prescrit 5 comprimés par jour de Nicobion pendant 8 jours. Amélioration, mais...

Le 13 *mars* 1944, récurrence. Extraction de D8.

On associe le Vitascorbol et le Nicobion per os. Nouvelle amélioration.

Enfin, le 8 *avril* 1944 : nouvelle récurrence. On prescrit alors, après extraction de D8

Thiazonide :

8 comprimés pendant 4 jours,

6 comprimés pendant 4 jours,

4 comprimés pendant 4 jours.

Tout est rentré dans l'ordre en 10 jours, et, depuis la mi-avril, le malade n'a pas eu de récurrence.

OBSERVATION N° 9

M. St-D..., 26 ans, vient consulter à l'hôpital Cochin, le 15 *mars* 1943 pour une lésion de la face interne de la joue droite apparue depuis 4 ou 5 jours. Il s'agit d'un large placard induré, infiltrant toute l'épaisseur de la joue. La muqueuse apparaît très congestion-

née et, au centre du placard, on voit une lésion noirâtre recouverte d'une zone de sphacèle : c'est un *noma*.

On prescrit :

Thiazomide :

10 comprimés pendant 3 jours,

8 comprimés pendant 3 jours,

4 comprimés pendant 3 jours.

Le 17 mars 1943 : élimination du sphacèle.

Le 22 mars 1943 : guérison.

OBSERVATION N° 10

Le 11 octobre 1944, Mlle G..., 23 ans, vient consulter à l'hôpital Cochin pour une gingivite ulcéreuse n'intéressant que la sertissure gingivale et les languettes inter-dentaires. Quelques jours après une tentative d'extraction de G6, faite en ville, la malade a ressenti des douleurs au niveau de l'arcade inférieure gauche (sensation de cuisson, douleur à la mastication) accompagnées d'une légère élévation thermique.

Les lésions prédominent en bas et à gauche, et s'étendent jusqu'à la canine inférieure droite. En haut, elles siègent au niveau du bloc incisif, sur le versant palatin. Les douleurs sont très vives, spontanées, et provoquées par les contacts alimentaires. Pas de trismus. Haleine légèrement fétide. Adénopathie sous-maxillaire gauche. Asthénie.

Soins locaux.

Le 14 octobre 1944 : même état : Détartrage. Application d'acide chromique.

On prescrit :

Thiazomide :

6 comprimés pendant 3 jours,

4 comprimés pendant 3 jours,

2 comprimés pendant 3 jours.

Et Nicobion :

8 comprimés par jour pendant 10 jours.

On fait une radio de g8 encore incluse.

Le 17 octobre 1944 : état très sensiblement amélioré : plus de douleurs spontanées dès le 15. Les ulcérations gingivales ont disparu au maxillaire supérieur. Elles persistent autour de g4, g5 et g6, sur le versant vestibulaire. L'adénopathie est très diminuée. L'état général est meilleur : température à 37°5 le matin, 38° le soir. La radiographie révèle l'absence de g8. On continue le traitement.

Le 21 octobre 1944 : guérison de la gingivo-stomatite. On extraira dans quelques jours les racines de G6.

OBSERVATION N° 11

Le 20 octobre 1944, Mlle B..., 19 ans, vient consulter à l'hôpital Cochin pour une douleur continuelle localisée à la région molaire gauche et à la joue gauche, apparue lors d'un traitement bismuthique (Quinby : fin de série).

Elle a présenté les mêmes phénomènes le 2 mai 1944, lors d'une série antérieure de bismuth qui furent traités par :

Thiazomide :

8 comprimés pendant 2 jours,

6 comprimés pendant 2 jours,

4 comprimés pendant 2 jours.

Actuellement, elle présente une gingivo-stomatite ulcéreuse unilatérale gauche. Le liseré bismuthique est généralisé. Les ulcérations siègent au niveau de g7 et de g8 (en évolution), ainsi que sur la face interne de la joue gauche et le pilier antérieur gauche du voile du palais. Léger trismus. Ganglions sous-maxillaires douloureux du côté gauche. L'haleine est fétide. La fatigue marquée. Légère élévation thermique. Les dents sont saines, dépourvues de tartre.

On prescrit à nouveau :

Thiazomide :

8 comprimés pendant 3 jours,

6 comprimés pendant 3 jours,

4 comprimés pendant 3 jours.

Le 23 *octobre* 1944, amélioration notable. On poursuit le traitement.

CHAPITRE PREMIER

LES INDICATIONS DU TRAITEMENT SULFAMIDE DANS LES GINGIVO-STOMATITES ULCÉREUSES

SES NON-INDICATIONS SES CONTRE-INDICATIONS

I. — D'une façon très générale, ce sont toutes les gingivo-stomatites ulcéreuses que nous proposons de traiter par les sulfamides.

Nous employons à dessein le terme de gingivo-stomatite ulcéreuse parce qu'en effet notre étude et les conclusions thérapeutiques que nous en déduirons s'appliquent aussi bien aux gingivites ulcéreuses simples qu'aux formes étendues de stomatites, avec lésions des muqueuses jugale, labiale, linguale, etc...

Ce n'est là qu'une question de siège et d'étendue des lésions; la maladie reste la même.

Egalement, une discrimination d'ordre étiologique nous semble dénuée d'intérêt.

En effet, l'étiologie d'une gingivo-stomatite ulcéreuse (en dehors des formes toxiques), est souvent difficile à mettre en évidence. L'analyse des lésions, un interroga-

toire minutieux, se sont révélés maintes fois négatifs à ce sujet.

D'autre part, quelle que soit l'étiologie, la lésion élémentaire et le microbisme local sont identiques :

1° C'est en effet l'ulcération qui donne à la gingivostomatite son caractère anatomo-clinique particulier, et qui commande l'instauration d'un traitement sulfamidé.

« L'ulcération des gingivo-stomatites, ulcéreuses, est une perte de substance à contours irréguliers, à bords tuméfiés et taillés à pic, sans induration périphérique, reposant sur une muqueuse rouge et œdématisée. Le fond est recouvert d'un magma putrilagineux gris-noirâtre, facilement dissociable, peu adhérent, qui n'est pas une fausse membrane. Il est, en outre, très fétide. Détergé avec précaution, car l'ulcération est douloureuse à la pression, le fond apparaît anfractueux, grisâtre, semé d'un piqueté ecchymotique; il saigne facilement.

Les ulcérations sont au début habituellement unilatérales. Lorsqu'elles sont éparses dans toute la bouche, elles prédominent presque toujours d'un côté, en nombre et en étendue. Elles apparaissent, en effet, d'abord et surtout au niveau des foyers septiques que constituent les dents réduites à l'état de racines infectées ou dont les collets sont encroûtés de tartre, les capuchons muqueux de dents en évolution, en particulier des dents de sagesse.

C'est dire que leur siège de prédilection est la muqueuse gingivale, et chez l'adulte, la gencive inférieure où le tartre prédomine; chez l'enfant, indifféremment l'une ou l'autre gencive.

De là, les ulcérations se propagent à la face interne des joues, à la face postérieure des lèvres; plus rarement, aux bords de la langue et du palais.

Sur les gencives, les lésions décapitent les languettes interdentaires, échancrent la sertissure de la muqueuse

au niveau des collets, de sorte qu'il existe parfois un véritable feston ulcéré tout le long de l'arcade et, plus souvent, sur son versant vestibulaire.

Les ulcérations de la face interne des joues siègent au-dessous de l'orifice du canal de Sténon, à la hauteur de la ligne d'occlusion des deux arcades dentaires. Elles se répartissent tout le long de la muqueuse jusqu'à la commissure labiale. Elles sont ovalaires, à grand axe antéro-postérieur; souvent fusionnées, elles forment des placards jaunâtres ou grisâtres irréguliers.

Sur la face interne des lèvres, elles peuvent descendre jusqu'au repli gingivo-labial et se fusionner avec les ulcérations gingivales.

Sur les bords de la langue, elles sont linéaires, allongées en regard des ulcérations gingivales et pariétales. Le dos de la langue est recouvert d'un enduit saburral.

Enfin, au palais, elles sont généralement peu nombreuses et superficielles » (R. VRASSE - *Encyclopédie médico-chirurgicale*).

2° Du point de vue bactériologique, même constance dans toutes les formes anatomo-cliniques ou étiologiques. Toutes, en effet, sont infectieuses et déterminées par la flore banale de la cavité buccale dont les différentes espèces (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, entérocoques, pyocyaniques, etc...) naturellement ou occasionnellement pathogènes, apparaissent sur les frottis et les cultures en proportions variables. Parmi les saprophytes pathogènes, l'association fuso-spirillaire est particulièrement intéressante, en raison de son rôle prépondérant dans les lésions inflammatoires de la muqueuse buccale auxquelles elle imprime leur caractère plus volontiers sphacélisant que purulent.

Mais cette association fuso-spirillaire est anaérobie stricte; elle ne peut se développer que sur des tissus pri-

vés d'oxygène. Et c'est là que nous apparaît le rôle considérable des microbes aérobies qui, en privant les tissus de leur oxygène, préparent le terrain pour le fuso-spirille. À cet égard, le streptocoque a une influence considérable sur le développement du fuso-spirille. On conçoit donc parfaitement qu'une médication anti-streptococcique devienne, en l'occurrence, anti-fuso-spirillaire, et convienne tout à fait au traitement des gingivo-stomatites.

Ces indications d'ordre très général étant posées, nous désirerions revenir sur certaines indications particulières tirées :

- d'une part, de la clinique,
- d'autre part, de l'étiologie.

A. — Lorsqu'on envisage la sulfamidothérapie des gingivo-stomatites ulcéreuses, on peut classer celles-ci en formes graves, moyennes et légères. Classification schématique, certes, mais commode du point de vue thérapeutique.

1° LES FORMES LÉGÈRES, banales, de gingivo-stomatites ulcéreuses; ne constituent pas, à vrai dire, une indication majeure de la sulfamidothérapie, puisque, en général, elles guérissent très bien par les soins locaux. Mais nous les retenons cependant car, à partir du moment où la muqueuse buccale présente des lésions ulcéreuses, si réduites soient-elles, en nombre et en dimensions, elle devient justiciable d'un traitement sulfamidé.

Dans ces formes, pas de signes généraux, des signes physiques peu marqués : la gencive — car c'est surtout d'elle qu'il s'agit ici — est rouge, congestive, tuméfiée et, par endroits (notamment au niveau des languettes interdentaires) ulcérée, mais superficiellement. S'il existe plu-

sieurs foyers, ils sont séparés par des intervalles de muqueuse indemne. La langue, les joues, participant au processus œdémateux, peuvent garder l'empreinte des dents. Les ganglions sous-maxillaires sont perceptibles et douloureux.

Les signes fonctionnels sont, eux, plus importants : l'haleine est fétide, la mastication, la phonation sont pénibles. Les liquides chauds ou froids, les irritants (épices, alcool, tabac) sont mal supportés.

Mais dans cette catégorie d'indications, notre attention sera retenue, moins par l'aspect clinique que par le côté évolutif de l'affection. Il existe, en effet, des formes légères de gingivo-stomatites ulcéreuses que nous distinguons, du point de vue thérapeutique, des formes banales ci-dessus décrites. Ce sont les formes *tenaces*, *récurrentes*, *douloureuses* qui, elles, résistent au traitement local et évoluent lentement, avec des périodes de rémission et de rechute, vers la chronicité. Et cette évolution, outre le caractère pénible qu'elle présente pour le malade, est désastreuse du point de vue pronostique local, par les lésions irréparables de résorption alvéolaire et gingivale qu'elle entraîne.

C'est leur évolution dont il faut à tout prix arrêter le cours, qui fait de ces formes légères une indication de la sulfamidothérapie. (Les malades des observations n^{os} 1 et 8 en offrent deux exemples intéressants.)

2° LES FORMES MOYENNES sont les plus fréquentes. Elles répondent à peu près au type de description classique des gingivo-stomatites ulcéreuses. Elles sont souvent « le prolongement et l'aggravation d'une stomatite érythémato-pultacée, elle-même complication d'une simple gingivite tartrique ».

Les signes physiques sont intenses : nous avons vu plus haut l'aspect et la topographie des lésions ulcéreu-

ses. Les ganglions sous-maxillaires sont fermes, mobiles, douloureux.

Les signes fonctionnels très marqués : dans ces formes, les douleurs sont spontanées, violentes, irradiées. Au début, elles sont localisées en un point de la muqueuse buccale; puis, elles se généralisent. L'ouverture de la bouche est gênée, non par du trismus, mais par des douleurs provoquées au niveau des ulcérations jugales et rétro-molaires dans les mouvements mandibulaires.

La salivation est exagérée, pouvant atteindre 1 litre par jour. Les douleurs entravent la déglutition et le malade essuie constamment la salive filante, sanieuse, sanguinolente, qui s'écoule aux commissures labiales. L'haleine est d'une fétidité spéciale. C'est, selon RUPPE, une « odeur de chair fraîche désagréable ».

Les symptômes généraux sont d'intensité variable, en rapport avec celle des lésions buccales. La température reste peu élevée (37°5-38°). Le pouls est parallèle. On peut noter aussi un état nauséux, de l'asthénie, de l'amaigrissement.

Dans ces formes moyennes, indications typiques, la sulfamidothérapie donne des résultats rapides et complets, avec des doses relativement peu élevées. (Les malades des observations n°s 4 et 10, par exemple, présentent des formes moyennes de gingivo-stomatite ulcéreuse.)

3° Les formes graves sont rares. Résultant de l'aggravation des formes précédentes, elles comportent les mêmes signes, mais plus accentués.

Les lésions ulcéreuses sont larges, très étendues, intéressant toute la muqueuse buccale, s'accompagnant d'un œdème lingual considérable, immobilisant la langue contre la voûte palatine. Les adénopathies sont importantes et douloureuses.

L'haleine est d'une fétidité repoussante; les douleurs sont extrêmement vives, spontanées, et provoquées par le moindre mouvement de la langue ou de la mandibule.

Par suite de l'absorption des produits septiques, l'état général est profondément altéré : le facies est plombé, la température oscille entre 38°5 et 39°; le pouls est rapide; il n'est pas rare d'observer de la diarrhée. L'abattement est parfois très profond.

L'évolution de ces formes graves comporte un pronostic local sévère et même un pronostic vital par les complications possibles :

a) Le processus de réparation des lésions ne parvient pas ici à rétablir les régions atteintes dans leur intégrité : les languettes inter-dentaires sont nivelées, les collets des dents dénudés, *définitivement*. Bien plus, c'est dans ces formes que l'infection ayant gagné les parois alvéolaires, l'ostéite arrive à les détruire (elles s'éliminent sous forme de séquestres), et provoque la chute des dents.

b) Outre cette complication locale, il existe des complications régionales et générales redoutables :

Infections respiratoires, digestives, inflammation des glandes salivaires (parotide surtout); adénophlegmons, cellulites lympho-septiques diffuses (SEBILLEAU), et jusqu'à des septicémies phlébo-phlegmoneuses, septico-pyohémies, etc...

Bien que ne rentrant pas dans le cadre des gingivostomatites ulcéreuses, nous rapprocherons de ces formes graves la stomatite gangréneuse et le noma, également justiciables de la sulfamidothérapie. En effet, leurs rapports étiologiques et évolutifs avec celles-ci sont étroits :

a) Du point de vue bactériologique, il semble bien que stomatite gangréneuse et stomatite ulcéreuse soient très proches. La majorité des auteurs s'accorde pour remar-

quer dans les stomatites gangréneuses l'absence des anaérobies habituels des infections putrides (bacilles perfringens, œdématiens, vibrion septique, etc...) et reconnaître le même rôle capital joué par l'association fuso-spirillaire; il ne semble donc pas y avoir d'agent pathogène spécial de la gangrène buccale, et les conditions de terrain auraient une action primordiale dans l'apparition des stomatites gangréneuses.

b) Rapport évolutif aussi entre les deux affections :

La *stomatite gangréneuse* proprement dite est l'aboutissant d'une forme catarrhale, rapidement ulcéreuse, qui survient chez des organismes dont les moyens de défense sont profondément altérés. Elle est extrêmement grave, envahissante, avec des signes fonctionnels et généraux intenses. Heureusement très rare depuis qu'on a renoncé dans le traitement de la syphilis aux injections massives et prolongées de mercure, et depuis que s'est améliorée l'hygiène buccale.

Le *noma* est une variété de stomatite gangréneuse qui se rencontre presque exclusivement chez l'enfant, au décours d'une maladie infectieuse, et où la lésion initiale nécrotique apparaît en rapport avec un trouble vasculaire.

Il est caractérisé par :

- l'unilatéralité du processus nécrotique, son siège exclusif sur la muqueuse jugale, son extension rapide du dedans en dehors à toute l'épaisseur de la joue,
- l'extrême gravité de son pronostic,
- les facteurs étiologiques très particuliers qui conditionnent son apparition : au décours d'une scarlatine, d'une typhoïde, d'une grippe, d'une rougeole,
- son évolution caractéristique en trois périodes :

début - mortification - élimination et réparation (malade de l'observation n° 9).

Aussi bien dans les formes graves de stomatite ulcéreuse proprement dite que dans la stomatite gangréneuse et le noma, les thérapeutiques locales, on le conçoit, sont insuffisantes. De puissants moyens doivent être mis en œuvre et, parmi eux, les sulfamides nous semblent devoir occuper la première place.

B. — Cette classification un peu rigide des indications, basée sur la clinique, nous a paru suffisante pour l'instauration d'un traitement sulfamidé. Elle ne dispense pas, cependant, de la recherche d'une étiologie précise, recherche très difficile, en vérité, souvent négative, mais très précieuse lorsqu'elle aboutit :

1° On passera en revue les causes irritatives et infectieuses loco-régionales :

Gingivo-stomatites tartriques, fréquentes, aux caractères banaux.

Gingivo-stomatites des fumeurs, très rares; le plus souvent, ce sont des gingivo-stomatites tartriques où le tabac joue un rôle accessoire.

Gingivo-stomatites dues aux poussières chez les cimentiers, les tailleurs de pierre, ou de verre (tailleries de Baccara) — chez les personnes véhiculant les ordures ménagères (boueux, concierges). Elles revêtent souvent la forme légère et tenace avec congestion chronique du feston gingival qui aboutit à son nivellement par disparition des languettes inter-dentaires.

Gingivo-stomatites liées à l'évolution dentaire, évolution de la deuxième dentition, et, en particulier, de la dent de sagesse inférieure, qui s'accompagne si souvent de péri coronarite.

2° On se souviendra que des infections générales peuvent s'accompagner de gingivo-stomatites ulcéreuses : infections gastro-intestinales, fièvres éruptives (rougeole et scarlatine surtout).

3° Mais l'étiologie qui de loin nous intéresse le plus ici, ce sont les causes toxiques d'origine exogène (les gingivo-stomatites qui reconnaissent une cause toxique d'origine endogène : azotémie, toxi-infections urinaires, diabète, hépatisme, dyspepsie, sont très rares).

Du point de vue étiologique, en effet, les gingivo-stomatites médicamenteuses dominent le chapitre des indications de la sulfamidothérapie. Elles se voient très fréquemment depuis l'introduction en thérapeutique de nombreux métaux et métalloïdes (mercure, bismuth, or, etc.).

Deux facteurs conditionnent leur apparition :

a) la nature physico-chimique du médicament, son mode et son rythme d'administration;

b) le terrain local et général : à cet égard, il faut tenir compte du mauvais état antérieur de la bouche et de la septicité buccale, des altérations des émonctoires hépatique, rénal et intestinal qui provoquent l'élimination de suppléance des toxiques par les glandes salivaires ou la salive, des prédispositions individuelles du sujet traité, qu'il s'agisse de débilité organique (syphilis grave, misère physiologique, alcoolisme, grossesse, allaitement, etc...) ou d'idiosyncrasie.

Deux gingivo-stomatites médicamenteuses retiendront particulièrement notre attention en tant qu'indications de la sulfamidothérapie. Ce sont :

— la stomatite mercurielle,

— et la stomatite bismuthique.

1° La stomatite mercurielle s'observe couramment au cours du traitement de la syphilis par les préparations

mercurielles. Elle revêt des formes ulcéreuses que l'on a classées en :

— forme ulcéreuse localisée; ou stomatite d'alarme de FOURNIER. Le siège des ulcérations montre bien ici le rôle d'appel des foyers infectieux pré-existants (triangle rétro-molaire, dents entartrées ou réduites à l'état de racines, versant lingual de la région incisive inférieure);

— forme moyenne généralisée;

— forme intense généralisée, avec des signes fonctionnels intenses (ptyalisme surtout) et des signes généraux plus ou moins graves.

2° La stomatite bismuthique, depuis longtemps observée, est maintenant très fréquente depuis que le bismuth est devenu d'un emploi courant dans le traitement de la syphilis.

Comme dans l'intoxication mercurielle, la stomatite est l'accident précoce et constant qui, *traité par les moyens ordinaires, commande l'interruption du traitement.*

Celle-ci est d'ailleurs toujours précédée d'une phase d'imprégnation métallique de la muqueuse, véritable signal d'alarme qui nécessite la surveillance quotidienne de la cavité buccale, car c'est au niveau des zones d'imprégnation qu'apparaissent les manifestations inflammatoires de la stomatite.

Sa symptomatologie est calquée sur celle de la stomatite mercurielle : mêmes formes moyenne et intense généralisées dans les variétés ulcéreuses.

Si nous avons insisté quelque peu sur ces deux variétés de gingivo-stomatites médicamenteuses, c'est, d'une part, en raison de leur fréquence; d'autre part, à cause du problème prophylactique qu'elles posent, problème que nous aborderons à propos du traitement préventif des

gingivo-stomatites ulcéreuses, et des avantages du traitement sulfamidé.

Parmi les autres gingivo-stomatites médicamenteuses qui sont susceptibles d'être des indications de notre traitement, citons :

a) La *stomatite aurique* : on l'observe depuis l'utilisation de certains sels d'or (Allochrysine, Chrysalbine, Sanochrysine, etc...) dans le traitement de la tuberculose, du rhumatisme, de la syphilis, de la blennorrhagie.

Elle revêt une forme vélo-palatine, en ailes de papillon, une forme linguale et une forme à localisations multiples. Elle revêt également une forme généralisée, grave, comparable à celle du mercure et du bismuth.

b) La *stomatite arsenicale ulcéreuse*, avec ses localisations pharyngées, ses manifestations nasale et même bronchique. Elle est rare.

c) Enfin, la *stomatite phosphorique*, exceptionnelle.

Nous terminerons ce chapitre des indications en y ajoutant, de façon tout à fait accessoire, certaines stomatites ulcéreuses dites spécifiques, que sont les stomatites impétigineuses, gonococciques et érysipélateuses. Très rares, nous n'en avons jamais observé mais, en raison de leur spécificité, il y a tout lieu de penser que les sulfamides leur soient applicables.

II. — *Les non-indications de la sulfamidothérapie des gingivo-stomatites ulcéreuses.*

La seule non-indication courante est constituée par la stomatite ulcéreuse neurotrophique qui survient au cours de l'évolution de la deuxième dentition et, surtout, de l'évolution de la dent de sagesse inférieure. Encore mérite-t-elle quelques réserves car elle pose un problè-

me pathogénique complexe que nous allons étudier. C'est une affection trop fréquente pour que nous laissions planer au sujet de son traitement le moindre doute.

— Pour LEBEDINSKY, cette stomatite ulcéreuse reconnaîtrait pour cause unique la propagation de l'infection qui débute sous le capuchon muqueux de la dent de sagesse chez l'adulte, de la dent de 6 ans et de 12 ans chez l'enfant. Elle rentrerait, par conséquent, dans le cadre des stomatites ulcéreuses banales, dont nous avons envisagé plus haut les différentes formes cliniques, et deviendrait ipso facto, une indication de la sulfamidothérapie.

— Notre position est différente : en effet, nous pensons avec ROUSSEAU-DECELLE que cette affection est liée à un trouble trophique de la muqueuse, sous l'influence d'un déséquilibre trigémino-sympathique consécutif à une épine irritative, qui est souvent une poussée de la dent de sagesse — d'où son nom de stomatite neurotrophique. Elle est, en effet, unilatérale et apparaît même dans les bouches en bon état, au moment de l'évolution dentaire.

Et pendant toute une partie de son évolution, cette stomatite reste uniquement neurotrophique; à part la sensation de cuisson, elle ne présente pas de signes fonctionnels marqués, n'a pas de retentissement sur l'état général, ne s'accompagne ni de fièvre, ni d'engorgement ganglionnaire.

— C'est à ce stade, par conséquent, que la stomatite neurotrophique constitue une non-indication. Elle doit alors être soignée par de petits moyens (désinfection du capuchon muqueux et des ulcérations, bains de bouche antiseptiques, etc...) et surtout être l'objet d'un traitement causal : l'extraction de la dent en évolution qui fera tout rentrer dans l'ordre, cicatriser rapidement les ulcérations, lesquelles ne laisseront ensuite aucune modification de la muqueuse gingivale.

Mais, en l'absence de traitement, ou si elle survient dans une bouche en mauvais état et particulièrement septique, la stomatite ulcéreuse va quitter cette phase initiale, proprement neurotrophique pour aborder une phase beaucoup plus bruyante, liée à l'infection secondaire des ulcérations. Alors les douleurs et les signes fonctionnels augmentent, la fièvre s'allume, les ganglions s'enorgorgent. L'évolution est celle de la stomatite ulcéreuse ordinaire; dans ce cas, elle peut être suivie de la même disparition du feston gingival et du même processus d'alvéoloclasie par ostéite, que nous avons observés dans les autres stomatites ulcéreuses.

A se second stade, la stomatite perd son qualificatif pathogénique; c'est une stomatite ulcéreuse ou ulcéromembraneuse, et elle devient une indication de la sulfamidothérapie; car alors il s'agit d'amender rapidement les phénomènes infectieux, afin de pouvoir pratiquer le plus tôt possible un traitement étiologique : l'extraction de la dent en cause. (La stomatite présentée par notre malade de l'observation n° 3 était précisément arrivée à ce stade d'infection marquée qui commande la sulfamidothérapie. Chaque fois, elle a cédé aux sulfamides, mais a récidivé chaque fois, tant que les causes dentaires n'ont pas été supprimées. Nous avons cru à une étiologie toxique, qui a peut-être joué un rôle surajouté, mais il n'en reste pas moins que l'étiologie dentaire était dominante.)

Nous retrouvons dans ce chapitre des non-indications certaines stomatites spécifiques qui peuvent parfois revêtir un aspect ulcéreux : stomatites diphtérique, aphteuse, scorbutique, herpétique. Parmi celles-ci, les unes sont justiciables d'une thérapeutique également spécifique (diphtérie, aphtes, scorbut); d'autres (herpès) ont une évolution cyclique, qui n'exigent qu'un traitement purement symptomatique et anodin.

III. — *Les contre-indications*, enfin, sont exclusivement tirées de l'état général du malade et ne concernent en rien les gingivo-stomatites ulcéreuses.

Ce sont les contre-indications de la sulfamidothérapie en général :

- vieillard,
 - déficience hépatique et rénale grave,
 - dyscrasie sanguine telle que l'hémogénie, l'hémophilie,
 - intoxication grave.
-

CHAPITRE II

LE TRAITEMENT CLASSIQUE DES GINGIVO-STOMATITES ULCÉREUSES

Ce n'est pas le désir d'introduire une nouvelle arme dans l'arsenal thérapeutique dont nous disposons contre les gingivo-stomatites ulcéreuses qui nous fera rejeter systématiquement les médications classiques, plus ou moins rapidement efficaces certes, mais qui ont fait leurs preuves. C'est par elles que jusqu'en 1938 nous guérissions pratiquement toutes les stomatites ulcéreuses. Une infime minorité cependant résistait fort longtemps et revêtait une allure chronique désespérante.

Nous étudierons donc rapidement le traitement classique des gingivo-stomatites ulcéreuses et nous verrons dans quelle mesure on peut l'associer à la sulfamidothérapie.

Ce traitement est double : préventif et curatif.

1° *Le traitement préventif.*

La plupart des gingivo-stomatites sont évitables. Leur prophylaxie consiste dans les soins d'hygiène habituels (brossage, détartrage, traitement des caries, etc...). Et ces

soins, si souvent négligés, ont une importance capitale :

a) Au cours de l'évolution dentaire et surtout de l'évolution de la dent de sagesse;

b) Au cours de toutes les infections aiguës ou chroniques, de toutes les intoxications. On n'instituera aucune médication toxique avant d'être assuré du bon état buccal, autant que de celui des émonctoires et des conditions générales de résistance de l'organisme.

Nous n'insisterons jamais assez sur la prophylaxie des stomatites mercurielle et bismuthique survenant au cours d'un traitement anti-syphilitique. Systématiquement, dans les services hospitaliers, les malades qui sont soumis à ce traitement, sont envoyés à la consultation de Stomatologie pour une « mise en état de la bouche ». Elle consiste en un détartrage soigneux, dans l'extraction des dents mobiles, inutiles, ou réduites à l'état de racines, dans le traitement de toutes les dents cariées qui méritent d'être conservées; enfin, on profite de la visite de ces patients pour leur donner des conseils pratiques et précis d'hygiène buccale quotidienne. Ainsi préparés ils pourront subir leur traitement régulièrement et sans craindre les manifestations buccales d'intoxication médicamenteuse.

Bien entendu, ces mesures préventives gardent ici toute leur valeur. Elles sont, en effet, très efficaces et doivent être préférées à toute sulfamidothérapie préventive, laquelle est d'action médiocre en général, et nulle en ce qui concerne les gingivo-stomatites ulcéreuses.

2° *Le traitement curatif.*

Il est local, symptomatique,
général,
et étiologique.

a) Le *traitement local* est dirigé contre la douleur et contre l'infection :

— Contre la douleur : attouchements à l'acide chromique, à l'huile scuroformée, etc...

— Contre l'infection : écouvillonnages à l'eau oxygénée, grands lavages au bœck ; contre le fuso-spirille, applications de bleu de méthylène, de novarsénobenzol, succion de comprimés de Stovarsol, de pastilles de Gonacrine.

Darsonvalisation, diathermie, rayons ultra-violet, rayons infra-rouges.

b) Le *traitement général* consiste en un régime hygiéno-diététique, dans l'administration de stimulants, d'antiseptiques généraux et de médications de choc (électrargol, uroformine, vaccins).

c) Le *traitement étiologique*, complément indispensable du traitement symptomatique, tendra à écourter l'évolution de la maladie et à éviter une récurrence. Dès que possible, on supprimera les causes locales et régionales d'infection, on aidera les émonctoires à se défendre pour jouer leur rôle anti-toxique (régime lacté diurétique, purgatifs répétés, cholagogues, etc...) dans les cas où on incriminera leur défaillance dans la genèse des gingivo-stomatites. Chez un malade examiné récemment et présentant une gingivo-stomatite catarrhale chronique, nous avons pu mettre en évidence une imprégnation éthylique notoire et de nombreux signes d'insuffisance hépatique. Nous l'avons guéri rapidement avec de l'extrait hépatique en injections intra-musculaires.

C'est dire toute l'importance du traitement étiologique qui, en cette affection comme en toute autre, reste lorsqu'il est possible, bien supérieur à toutes les médications symptomatiques. La sulfamidothérapie prend ici même un intérêt considérable car, d'action rapide, elle

permet l'instauration précoce d'un traitement étiologique — nous pensons aux interventions chirurgicales que l'on ne peut faire, si minimes soient-elles (détartrages, extractions) pendant la période aiguë des gingivo-stomatites ulcéreuses.

Il résulte de cet examen rapide du traitement classique des gingivo-stomatites ulcéreuses, que c'est surtout au traitement curatif local et général que nous proposons de substituer la sulfamidothérapie; car, en fait, il consiste en ce que nous appelons de petits moyens, dont nous ne songeons pas à minimiser l'efficacité, mais dont la rapidité d'action, surtout dans les formes sérieuses, ne peut être comparée à celle d'un traitement sulfamidé.

Au risque de nous éloigner un peu de notre sujet, nous ne saurions clore ce chapitre du traitement actuel des gingivo-stomatites ulcéreuses sans citer les nouvelles tendances thérapeutiques du service de Stomatologie de l'Hôtel-Dieu sous la direction de nos Maîtres RAISON et FRIEZ et de leurs élèves. Ces tendances résultent d'une interprétation pathogénique particulièrement originale des lésions du périodonte. Pour eux, en effet, l'infection gingivale résulterait d'une sensibilisation des tissus par rapport aux germes de la cavité buccale. Cette sensibilisation serait due à la libération d'histamine in situ, d'où le précepte d'administrer des anti-histaminiques (Antergan, Laroscorbine - Docteur RAISON), (sels de calcium intra-veineux - Docteur FRIEZ). Ces conceptions mériteraient un long exposé mais débordent le cadre de notre travail.

CHAPITRE III

LE TRAITEMENT SULFAMIDE DES GINGIVO-STOMATITES ULCÉREUSES

Nous ne voulons pas opposer ce chapitre au précédent, au traitement classique des gingivo-stomatites ulcéreuses.

Nous avons vu combien ce dernier restait précieux, suppléant la sulfamidothérapie déficiente dans la prévention, aidé et d'institution plus précoce grâce à celle-ci lorsqu'il lutte contre la cause.

Nous étudierons simplement le mode d'action de la sulfamidothérapie dans les gingivo-stomatites ulcéreuses, nous dirons les avantages, mais aussi les incidents et les échecs de cette méthode, et nous examinerons en détail posologie et technique d'administration.

I. — *Son mode d'action.*

Il n'entre pas dans notre intention d'évoquer ici les nombreuses théories qui ont été émises à propos du mode d'action de la thérapeutique sulfamidée, en général. Nous adopterons la position de FOURNEAU, celle qui est la plus communément admise, et nous l'envisagerons par rapport à la pathogénie des gingivo-stomatites ulcéreuses.

D'après FOURNEAU, le sulfamide a une action directe sur le germe; « *mais cette action n'est pas une action antiseptique banale; elle n'est pas destructrice à proprement parler, mais bactériostatique par arrêt de la multiplication bactérienne* » (HARVIER et PERRAULT). D'autre part, « *cette action est manifestement accrue, comme DOMAGK l'avait signalé dès le début de ses recherches, en présence de leucocytes polynucléaires, aussi bien in vitro (expérience de BUTTLE) qu'in vivo (expérience de LONG et BLISS)* » (HARVIER et PERRAULT).

Examinons maintenant la coupe d'une ulcération de la muqueuse buccale : on y trouve deux zones distinctes :

— l'une *superficielle*, avec une zone polymicrobienne et une zone de bacilles et de tissu mortifié,

— l'autre, *profonde*, avec réaction inflammatoire, est au contraire dépourvue de bacilles de Vincent, mais riche en spirilles, en polynucléaires, avec des éléments tissulaires diversement altérés (RUPPE).

A la lumière de ces données, il est possible d'envisager le mécanisme intime de l'action du sulfamide. Celui-ci, apporté par voie sanguine, arrive au niveau de la zone profonde, inflammatoire, de l'ulcération où la présence des polynucléaires accroît encore son action bactériostatique sur les germes. Et parmi eux, nous avons vu que le streptocoque joue un rôle de premier plan. Or, si le fuso-spirille est peu gêné par le sulfamide, le streptocoque, lui, y est particulièrement sensible et nous savons que c'est de lui que dépend la vie anaérobie de l'association fuso-spirillaire. La bactériostase étant ainsi assurée, in situ, par l'apport sanguin sans cesse renouvelé de sulfamide, il ne reste plus aux leucocytes qu'à neutraliser les agents microbiens. En outre, nous avons affaire ici à des lésions superficielles (elles n'intéressent que le derme muqueux), découvertes, non-enkystées, situées dans une région à irrigation terminale où la vaso-dilatation et

la stase sanguine dans les capillaires favorisent particulièrement l'action des sulfamides dans la zone profonde de l'ulcération.

II. — *Ses avantages.*

Le traitement sulfamidé a une action extrêmement rapide dans les gingivo-stomatites ulcéreuses. On conçoit les nombreux avantages que cette rapidité entraîne.

1° *Rapidité d'action sur la douleur* : les observations que nous avons citées montrent une sédation des phénomènes douloureux en trois jours, 48 heures, quelquefois moins. Et ce, en l'absence de toute thérapeutique calmante locale. C'est un avantage très important car si au début, ou dans les formes légères, les douleurs sont à type d'agacement, de cuisson, dans les formes plus graves, elles sont proprement intolérables : c'est une sensation de brûlure atroce, exagérée par le moindre mouvement buccal; elles gênent la phonation, la déglutition, et empêchent l'ouverture de la bouche; le contact des aliments est insupportable.

2° *Rapidité d'action sur les ulcérations* : de même, dès les premiers jours du traitement, les ulcérations se détergent, leur fond bourgeonne et gagne peu à peu le niveau de la couche épithéliale. L'épithélium se reforme rapidement et il ne subsiste à la place des ulcérations qu'une tache rouge, lisse, qui pâlit puis disparaît. Ceci permet donc d'espérer en dehors des formes graves ou anciennes une *restitutio ad integrum*. Cette prompte cicatrisation des lésions évite également l'évolution de l'affection vers la résorption alvéolaire et gingivale contre laquelle nous sommes absolument impuissants.

3° Autre conséquence d'un intérêt considérable : la

non-interruption du traitement dans les gingivo-stomatites médicamenteuses, qui, de ce fait, deviennent des indications majeures de la sulfamidothérapie. C'est là un énorme avantage sur le traitement classique qui prescrit « de mettre en œuvre analgésiques et antiseptiques locaux et de supprimer l'action du toxique », dès le début de la stomatite.

Les deux malades atteints de gingivo-stomatite bismuthique, que nous avons cités, ont poursuivi leur traitement anti-syphilitique. Les quelques jours demandés pour la guérison n'imposaient nullement, en effet, la cessation de ce traitement; et pourtant, nous étions en présence de formes sérieuses.

Mais lorsqu'une stomatite ulcéreuse n'est qu'une des manifestations d'une intoxication sévère avec grosse déficience hépatique ou rénale, il est évident que la suspension de l'administration du toxique s'impose.

On conçoit les heureuses conséquences qu'entraîne cet avantage dans le traitement d'une syphilis secondaire par le bismuth ou le mercure. Cette période est en effet critique; le malade est à ce moment particulièrement contagieux et il importe de négativer rapidement son B. W. Pour peu que la stomatite soit rebelle, récidive, combien de temps allons-nous suspendre son traitement? Quel retard ne sera pas apporté au « blanchiment » du sujet qui continuerait ainsi d'être un risque social par ses possibilités de contamination?

La non-interruption du traitement dans les stomatites toxiques constitue donc un avantage qui vaut d'être retenu: et n'aurait-elle que celui-là, la sulfamidothérapie mériterait une place de choix dans le traitement des gingivo-stomatites ulcéreuses.

4° Enfin, avantage d'ordre pratique, le traitement sulfamidé est ici un *traitement ambulatoire*, en raison des

doses relativement faibles que nous employons. Ainsi, dans les gingivo-stomatites moyennes, observées le plus couramment, nous ne prescrivons pas l'arrêt du travail.

Bien entendu, dans les formes graves, accompagnées d'importants signes généraux, on prescrira le repos en même temps que des doses plus fortes de médicament. Mais ici, la maladie elle-même, en dehors de toute sulfamidothérapie, obligerait le malade à suspendre toute activité.

III. — *Ses incidents.*

En vérité, c'est un chapitre que nous pourrions passer sous silence. Nous n'avons jamais observé la moindre manifestation alarmante au cours de notre traitement sulfamidé des gingivo-stomatites ulcéreuses. Signalons, à titre exceptionnel, de la céphalée, une certaine asthénie, un léger malaise général. Les troubles digestifs observés au début avec le 693 ne se voient plus depuis que nous lui avons substitué le sulfathiazol. Ils consistaient en anorexie, nausées, brûlures gastriques.

Donc, incidents nuls ou presque dans ce traitement où nous ne manions que des doses faibles, échelonnées sur une durée assez courte.

Signalons que systématiquement, et parallèlement aux sulfamides, nous prescrivons la vitamine PP que JANSION a proposé d'utiliser comme agent correcteur de la porphyrinurie dont les sulfamides sont responsables :

L'hématoporphyrinémie, facteur de cyanose au cours de l'intoxication sulfamidique, résulte d'une exagération subite de la destruction des hématies. « *On ignore pourquoi l'hémoglobine libérée par cette hémolyse excessive ne prend pas le chemin normal des pigments biliaires, mais aboutit à cette impasse pathologique que semble*

représenter l'hématoporphyrine » (LAMBLING). Ce pigment, contenu en petites quantités dans l'urine normale (environ 1 mg.), s'y trouve alors en abondance. C'est un sensibilisateur photodynamique, responsable de graves accidents cutanés, dont l'amide nicotinique, en enrayant le mécanisme complexe de sa genèse, constitue un excellent agent prophylactique.

IV. — Ses échecs.

Ils sont rares, mais ils existent manifestement. Ils sont représentés par les récides de gingivo-stomatites ulcéreuses après guérison antérieure. L'observation n° 4 en offre un exemple particulièrement net.

Quelle sera alors notre attitude en présence d'une récive ? « On a signalé le danger des thérapeutiques sulfamidées itératives : *the patient who has suffered a toxic reaction from sulfanilamide or its derivatives, may develop another more severe reactions if the drug is administered a second time* (LONG et BLISS). Et même lorsque la première administration a été normalement supportée, il peut demeurer un état de sensibilisation qui expose à des accidents très graves, en cas de nouvelle prescription sulfamidée (HARVIER et PERRAULT).

En dépit de ces données classiques et en raison de la faible dose totale employée dans une cure de gingivo-stomatite ulcéreuse (doses quotidiennes peu élevées, durée très courte), nous pouvons envisager la possibilité d'une reprise d'un traitement sulfamidé en cas de récive. Mais nous conseillons d'y apporter certaines modifications :

— de varier le médicament, par exemple, et surtout si la première drogue employée a été soupçonnée d'être à la base de légers incidents;

— et aussi de varier la posologie : nous procédons alors très prudemment, par tâtonnement, pour rechercher le seuil d'efficacité du médicament; et, la dose minima active étant connue, nous la prescrivons de façon prolongée, « en plateau », puis lentement dégressive.

V. — *Son mode d'administration.*

A. — *Règles générales de prescription.*

Ici, comme dans ses grandes indications classiques, la sulfamidothérapie devra suivre des règles strictes que PERRAULT et HARVIER ont énoncées clairement (*Sulfamidothérapie - La Pratique Médicale illustrée*) :

1° « Elle sera d'institution très précoce,

2° Massive et d'emblée massive » : il est logique de chercher à réaliser aussitôt que possible la concentration utile dans le sang et, partant, dans le foyer infectieux buccal. Il faut donc commencer le traitement par une dose quotidienne forte et une dose initiale importante.

3° « Entretienue à doses suffisantes et fractionnées » ; car il faut ensuite assurer la permanence du taux de sulfamide des humeurs à une concentration suffisante. L'élimination de la sulfamide est rapide, et on compensera cette fuite par l'absorption de doses fractionnées, tout au long du nyctémère.

4° « Dégressive,

5° D'une seule tenue,

6° Pas trop prolongée (n'excédant pas 10. jours en moyenne) » pour éviter les accidents graves, les accidents sanguins (anémies, hémogéno-hémophilie, agranulocytose) qui ne se rencontrent guère qu'après 12 à 15 jours de traitement.

B. — Posologie.

Sa posologie est variable, mais précise. Elle est variable avec la sulfamide utilisée et avec la forme de gingivostomatite ulcéreuse à traiter.

Dans la gamme étendue des sulfamides, nous retenirons cinq produits dont la toxicité variable (mais toujours faible) est en rapport avec leur élimination plus ou moins rapide. Tous s'emploient per os en comprimés de 0 gr. 50 à l'exception du Silénan (comprimés de 0 gr. 25).

Ce sont :

1° Le *para-amino-phényl-sulfamide* (mai 1937 - France) ou 1162-F spécialisé en France sous les noms de Septoplix, Néo-Coccyll, Lysococcine, Sulfamide, Bactéramide, Sulfamyd, etc...

Nous l'employons de la façon suivante :

Les 3 premiers jours, doses quotidiennes : 3 à 5 gr.

(6 à 10 comprimés).

Les 3 jours suivants, doses quotidiennes : 2 à 3 gr.

(4 à 6 comprimés).

Les 3 derniers jours, doses quotidiennes : 1 à 2 gr.

(2 à 4 comprimés).

2° Un dérivé substitué sur l'amine : le *Camphosulfonate de sulfamide* (France) ou Silénan, dont la toxicité est expérimentalement et cliniquement très faible. Il s'emploie aux mêmes doses que le précédent, mais en comprimés de 0 gr. 25, soit :

12 à 20 comprimés par jour, les 3 premiers jours,

8 à 12 comprimés par jour, les 3 jours suivants,

4 à 8 comprimés par jour, les 3 derniers jours.

3° Deux dérivés substitués sur l'amide :

a) Le (*para-amino-phényl-sulfamido*) *pyridine* (Angleterre - 1938) connu sous le nom de Dagénan ou 693 MB. Il est remarquablement polyvalent mais présente un inconvénient qui consiste dans la fréquence avec laquelle il est mal toléré par le tube digestif. Nous l'employons ainsi :

Les 3 premiers jours, doses quotidiennes : 2 à 4 gr.
(4 à 8 comprimés).

Les 3 jours suivants, doses quotidiennes : 1 à 3 gr.
(2 à 6 comprimés).

Les 3 derniers jours, doses quotidiennes : 1 à 2 gr.
(2 à 4 comprimés).

b) Le (*para-amino-phényl-sulfamido*) *Thiazol* (France, 1941) ou 2090 RP (Sulfathiazol, Thiazomide). Il présente tous les avantages du Dagénan et ne détermine pas d'intolérance digestive. Son élimination est très rapide. C'est à lui que va notre préférence. Il se prescrit de la même façon que le 1162-F.

4° Enfin, le *para-amino-benzène-sulfonyl-thiourée*, ou 2255 RP (Fontamide). Il est largement polyvalent (staphylocoque); sa toxicité est très faible mais son élimination est plus rapide. Il y aura intérêt à l'utiliser à doses sensiblement plus élevées que les précédents :

Les 3 premiers jours, doses quotidiennes : 4 à 6 gr.
(8 à 12 comprimés).

Les 3 jours suivants, doses quotidiennes : 3 à 5 gr.
(6 à 10 comprimés).

Les 3 derniers jours, doses quotidiennes : 2 à 4 gr.
(4 à 8 comprimés).

Toutes les doses énoncées ci-dessus s'entendent pour une gingivo-stomatite ulcéreuse de moyenne intensité; dans les formes graves, on les majorera de 1 à 2 gr. (stomatites gangréneuses, noma, par exemple).

C. — *Technique d'administration.*

L'absorption du médicament se fera en prises régulièrement espacées et réparties dans la journée. Chaque comprimé sera pris dans un demi-verre d'eau bicarbonatée (1 gr. de bicarbonate de soude pour 1 gr. de sulfamide) afin d'éviter l'acidose.

Pendant toute la durée du traitement, on surveillera l'élimination rénale, la température, le pouls. En cas de céphalée, de cyanose ou d'intolérance digestive légère, ne pas interrompre le traitement; tout au plus, diminuer un peu les doses. Si le 693 MB (Dagénan) provoque des troubles digestifs marqués, le remplacer par le 2090 RP (Thiazomide). La tendance à l'oligurie, l'albuminurie, commandent la prudence.

Il sera utile de repérer l'état sanguin (formule et numération hémoleucocytaire, évaluation du taux d'hémoglobine, temps de saignement et de coagulation, signe du lacet), au départ du traitement, et de le suivre régulièrement, surtout si le traitement doit être prolongé au delà d'une dizaine de jours.

Enfin, comme nous l'avons dit ci-dessus, nous associerons la vitamine PP au traitement sulfamidé. Spécialisée sous les noms de Nicobion, de Dipégyl, etc., on la prescrira à la dose de 6 à 8 comprimés de 0 gr. 05 par jour chez l'adulte, de 1 à 4 comprimés chez l'enfant, en prises espacées réparties dans la journée et pendant toute la durée du traitement sulfamidé.

Dans les stomatites ulcéreuses à tendance hémorragique, bourgeonnantes et fongueuses, on associera également la vitamine C ou acide ascorbique (Laroscorbine) en comprimés de 50 mgr., à raison de 3 à 4 par jour, ou en injections intra-veineuses particulièrement actives (10.000 unités tous les deux jours, pendant huit jours).

D. — Enfin, la sulfamidothérapie des gingivo-stomatites ulcéreuses comporte certaines règles accessoires de prescription d'ordre hygiéno-diététique :

Dans les formes moyennes, s'il n'entrave pas trop l'activité du malade, le repos à la chambre sera conseillé.

On ordonnera le repos au lit dans les formes graves.

Le régime sera peu toxique, lacto-végétarien, *exempt d'aliments pouvant libérer du soufre en quantité importante* (œufs, choux). Les boissons seront suffisamment abondantes pour assurer une diurèse d'un litre au moins.

En outre, si devant des signes digestifs, on croit devoir recourir à un purgatif, on rejettera absolument les sulfates alcalins (soude, magnésie); ils sont, en effet, facteurs de sulfhémoglobinémie entraînant une cyanose « spectaculaire et dramatique ».

On évitera également, au cours de ce traitement, toute chimiothérapie arsenicale (donc, pas de novar in situ, ni en piqûres) — ainsi que l'hexaméthylène-tétramine (Uroformine), le pyramidon, l'aspirine et, d'une façon générale, toute substance jugée capable d'être facteur d'agranulocytose.

Enfin, de façon tout à fait accessoire, on conseillera aux malades de ne pas s'exposer à une lumière trop vive, les sulfamides ayant une action photo-sensibilisante.

Nous voudrions, en terminant, attirer l'attention sur deux points de détail concernant la prescription des sulfamides in situ et leur association aux produits iodés :

1° Il est logique de penser à utiliser les sulfamides in situ, sous forme d'applications de poudres, telles que l'Exoseptoplix, le Pulvo-Coccyll, etc., dans le but d'effectuer un apport direct d'agent bactériostatique au sein même de la pullulation microbienne.

Mais l'expérience nous a montré que ce procédé est voué à l'échec : le contact du médicament avec les lésions ne peut être assuré assez longtemps pour être efficace (pas ou peu de rétention pour maintenir la poudre en place, et surtout balayage constant de celle-ci par le flot salivaire). Devant l'inutilité d'une simple pulvérisation et la difficulté d'une application prolongée, nous avons, purement et simplement, abandonné le procédé. En outre, les sulfamides in situ n'agissent au niveau des ulcérations que sur la zone superficielle et l'on sait le rôle capital que joue dans l'entretien de l'infection la zone profonde qu'ils ne peuvent atteindre.

2° On sait que la sulfamidothérapie peut être renforcée utilement par le traitement associé iodé, celui-ci consistant dans l'administration de solution de Lugol du Codex ou de combinaison iodo-protidique.

Nous n'avons jamais éprouvé le besoin de ce renforcement; aussi n'avons-nous aucune expérience de cette association médicamenteuse. Mais tout nous permet de supposer qu'elle peut ici conduire à des résultats intéressants comme elle l'a fait dans les grandes staphylococcies (ostéomyélite, furonculose).

CONCLUSION

Ce travail n'a pas eu pour objet d'inaugurer une nouveauté thérapeutique mais simplement d'attirer l'attention sur une indication de la sulfamidothérapie en Stomatologie.

— Nous insisterons en terminant sur le stade ulcéreux que les gingivo-stomatites doivent avoir atteint pour « mériter » la sulfamidothérapie. Et puis, lorsque faute de soins ou malgré eux, les lésions persistent ou s'aggravent, quand l'infection à leur niveau devient considérable, alors il n'est plus d'hésitation possible : à ce moment, les organo-soufrés s'imposent. Mais que dans les formes consécutives à une stomatite neurotrophique, on ne perde jamais de vue l'étiologie. La sulfamidothérapie n'est alors qu'un moyen d'extraire précocement la dent responsable.

— Et puis, il importe d'observer rigoureusement les règles de posologie et de technique d'administration que nous avons indiquées :

Nous avons souvent remarqué une certaine réticence à prescrire les sulfamides dans les gingivo-stomatites ulcéreuses, l'agranulocytose étant un véritable épouvantail. A l'opposé, on a fait des sulfamides « *une espèce de panacée, administrée à la légère, comme une espèce d'aspirine, sans tenir compte ni des doses utiles, ni des dangers inhérents à de telles pratiques* » (PERRAULT et HARVIER).

C'est pour cette raison qu'il nous a semblé indispensable de bien fixer les idées sur ce chapitre.

Si nous condamnons les sulfamidothérapies timides et hésitantes, si nous conseillons, conscient des faibles risques encourus, de prescrire « *larga manu* », en revanche, nous réagissons violemment contre l'emploi des sulfamides dans des infections buccales bénignes, de simples gingivites congestives par exemple.

— Nous rappellerons aussi une dernière fois la rapidité d'action de notre traitement, son avantage capital.

On arrive souvent, sinon toujours, à guérir une gingivo-stomatite ulcéreuse avec le temps et des soins locaux, voire de simples bains de bouche. Mais ce que nous recherchons — en dehors du soulagement du malade qui souffre (la sédation des phénomènes douloureux est avec les sulfamides une question d'heures) — c'est à empêcher l'affection d'évoluer vers ces formes chroniques qui entraînent des lésions définitives : on ne peut vraiment pas parler de guérison, avouons-le, en présence d'une gencive redevenue saine, mais qui laisse à nu des racines et sertit des dents branlantes !

— Soulignons enfin les heureuses conséquences sociales de ce traitement qui, nous l'avons vu, permet de ne pas interrompre une cure anti-syphilitique.

Et ce sont tous ces avantages qui ont fait dire à notre Maître le Docteur R. VRASSE (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*) : « *L'emploi simultané et presque systématique — compte tenu des contre-indications — des sulfamides et des vitamines C ou PP dans toutes les stomatites ulcéro-nécrotiques traitées par nous depuis quatre ans, nous permet de tenir actuellement cette médication comme la plus efficace et la plus rapide dans ses effets résolutifs.* »

Vu, le Doyen
BAUDOUIN.

Vu, le Président de Thèse
HARVIER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

AZOULAY. — La stomatite bismuthique. (*La Presse Médicale*, 15 février 1922.)

CHEVALLEY. — Les vitamines et leur utilisation thérapeutique. (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 17 octobre 1941.)

DECHAUME. — *Précis de stomatologie.*

FABRE (R.). — L'intoxication sulfamidique. (*Journ. de pharm. et de chimie*, 1^{er} et 16 mars 1939.)

GASTINEL. — La symbiose fuso-spirillaire. (*Le Buletin Médical* du 23 octobre 1930.)

HARVIER et PERRAULT. — Sulfamidothérapie. (*La Pratique Médic. illustrée.*)

JUSTIN-BESANÇON. — L'avitaminose nicotinique. (*Le Concours Médical*, 16 avril 1941.)

LACROIX. — Incidents et accidents de la sulfamidothérapie. (*Le Concours Médical*, 16 avril 1941.)

LAMBLING. — *Précis de biochimie.*

LE BLAY. — Recherches expérimentales sur la stomatite mercurielle. (*Thèse de Paris*, 1911.)

LWOFF. — Données récentes sur la vitamine PP. (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 17 octobre 1941.)

MAUREL (G.). — La stomatite mercurielle. (*La Gazette des Hôpitaux*, 18 septembre 1920.)

MILLIAN et PERRIN. — La stomatite bismuthique. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, février 1932.)

ROUSSEAU-DECILLE et RAISON. — Pathologie buccale. (*La Pratique Stomatologique*.)

RUPPE. — Pathologie de la bouche et des dents.

— Les stomatites ulcéro-membraneuses. (*La Gazette des Hôpitaux*, 14 avril 1928.)

VRASSE. — Les gingivo-stomatites ulcéreuses. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.)